



ASOCIACIÓN  
DE ENFERMERÍA  
OFTALMOLÓGICA  
CANARIA

....., ..... de  
..... de 20\_\_

Comunico mis datos personales con el fin de pertenecer como socio a la Asociación de Enfermería Oftalmológica Canaria, aportando una cuota anual de 20€.

Apellidos:

Nombre:

DNI (Incluida letra):

Domicilio:

CP.:

Localidad:

Provincia:

Teléfono:

Fax:

E-mail:

Centro de Trabajo:

Firma (Imprescindible):

Ingreso a: ASOCIACIÓN DE ENFERMERÍA OFTALMOLÓGICA CANARIA  
CIF: G76151141  
CAJASIETE, 3076 0810 16 2277711426

Remitir este Boletín con comprobante del ingreso a:

Asociación de Enfermería Oftalmológica Canaria  
C/La Era nº 14  
35107 Juan Grande. San Bartolomé de Tirajana  
Las Palmas. Gran Canaria